

登校拒否と学校保健

— 学校精神衛生活動推進の必要性をめぐって —

相 川 勝 代

School Refusal and School Health Practices

Katuyo AIKAWA

はじめに

現今、「登校拒否」と呼ばれているような子どもについて、はじめて記載したのは Broadwin (1932)¹⁾ である。そういう状態を示す子どもを、Johnson ら (1941)²⁾ は不安神経症の範疇にはいるものとして学校恐怖症 school phobia と呼んだ。

近年、わが国でも登校拒否については、児童精神科医、小児科医、臨床心理家、児童福祉関係者、教育関係者などから強い関心を持たれており、社会的な問題としてもとりあげられている。登校拒否への治療的援助をすすめるにあたって、医学、心理、福祉の三分野の役割分担は比較的円滑に行なわれているように思われるが、教育関係者との共通理解にはしばしば困難を感じることもある。それは、治療する立場と教育する立場のたてまのちがいに起因するものであるかもしれないし、また、教育現場は独特の社会的立場と特有な価値体系を持ったところで、関連領域の専門家が容易にはいり込める領域ではない³⁾ ということと関係しているのかもしれない。近年、地域精神衛生活動や職場精神衛生活動が盛んとなり成果をあげているが、学校保健の一分野としての学校精神衛生活動も最近ようやく、実的な活動の端緒をみせている。

本論では、まず、昭和56年3月に長崎県学校保健会・学校保健推進委員会・情緒障害部会*が行なった長崎県下の登校拒否児童生徒の実態調査から、学校保健を推進するにあたって活動上の示唆をあたえると思われる、出現率、学校側からみた登校拒否の原因、学校に届け出られた病名、登校拒否への学校の対応などについて紹介する。そのご、登校拒否への対応として、学校保健の一分野としての学校精神衛生活動を推進するにあたって検討しておくべき問題、つまり、その第一は登校拒否は病気かいなか、第二は病気とすれば治療目標をどこにおくべきかの二点について、諸家の意見を概観し考察していく。最後に、登校拒否に対する学校精神衛生活動推進の必要性を述べ、その方法について考えてみる。

Ⅰ. 登校拒否の実態

1. 学校保健会の実態調査

調査は昭和56年3月に実施された。対象は、昭和55年4月から12月までの間に「連続または継続で30日以上欠席した児童生徒および欠席日数は多くないが、登校するために親の

つきそいや、自動車などによる援助を必要とする児童生徒」とし、病気、負傷および家事手伝等欠席理由がはっきりしている児童生徒は除外された。アンケート内容は若林ら(1965)⁴⁾のものを参考にして作成し、「長欠児童生徒の実態調査票」を教育委員会を通じて各校に配布された。調査結果については、第2回長崎県学校保健研修会(昭和57年2月)⁵⁾で報告された。表1―表5は、調査報告からの引用である。

2. 登校拒否の出現率

小学校の登校拒否出現率は0.115%である。各学校間の出現率は0%～1.838%となっている。

中学校の登校拒否出現率は0.325%である。これは小学校の約3倍の出現率である。各学校間の出現率は0%～4.911%となっており、その差はきわだっている。

小・中学校とも各学校間の出現率に差がみられ、これは登校拒否発生に地域差があることを示唆しているものと思われる。

表1は、文部省の学校基本調査(昭和53年度)による長期欠席(年度中に連続もしくは断続して50日以上欠席した者)の「学校ぎらい」の出現率と、本調査の登校拒否出現率である。二つの調査は、調査年度、調査期間、欠席日数にちがいがあるので単純に対比することはできないが、学校基本調査より本調査の出現率が高いのは、今までの調査では、身体病の中にいれられていたものが、今回登校拒否の身体症状としてみなおされたためではないかと推定される。

3. 学校側からみた登校拒否の原因

表2は、学校側からみた登校拒否の動機である。小学校では、勉強ぎらい、家庭内の対人状況の変化(たとえば弟妹の出生や母親の入院など)、友達関係(たとえば友達がのけ者にする)の順であり、中学校では、勉強ぎらい、自己嫌悪(たとえば自分がいやになった、自分は

表1 出現率

		小学校(%)	中学校(%)
学校基本調査 (昭和53年度)	全国平均	0.029	0.207
	長 崎 県	0.045	0.139
本 調 査 (昭和56年度)		0.115	0.325

表2 欠席の動機

	小 学 校 (109人中)	中 学 校 (164人中)
1. 給 食	5 人	1 人
2. 友 達 関 係	29	32
3. 先 生 と の 関 係	5	8
4. 委員・役員等の役割	3	1
5. 宿 題	2	3
6. 勉 強 ギ ラ イ	35	56
7. 学 業 成 績	0	5
8. 転居・転校・組がえ	4	6
9. 自 己 嫌 悪	20	46
10. 家庭内の対人状況の 変化	25	26
11. そ の 他	29	46

(複数記入)

表3 欠席の理由

	小 学 校 (109人中)	中 学 校 (164人中)
1. 学校に行けない	14 人	36 人
2. 朝の不調	24	34
3. 身体症状	52	80
4. 学校恐怖	1	8
5. 分離不安	14	8
6. 学校がおもしろくない	16	37
7. 精神病の疑い	0	6
8. 勉強がきらい	8	19
9. 怠 学	33	67
10. 親の無理解や無関心	27	34
11. そ の 他	4	11

(複数記入)

何もできない), 友達関係の順である。

小・中学校とも, 学校側からみた最も多い登校拒否の動機は勉強が辛いであるが, 次に多いのは小学生は環境的な要因であり, 中学生は個人的な問題である。

表3は, 学校側からみた登校拒否を続けている理由である。小学校では, 身体症状(朝, 頭痛, 腹痛, めまい, 悪心, 嘔吐などの身体症状を訴える), 怠学, 親の無理解や無関心の順であり, 中学校では, 身体症状, 怠学, 学校がおもしろくない, という順になっている。

小・中学校とも, 最も多い登校拒否の理由は, 身体症状のためであり, 次に怠学のためだと考えられている。次に多い理由として, 小学校では親の無理解や無関心があげられており, 中学校では学校がおもしろくないという項目があげられている。小学校と中学校で差がある項目は分離不安(小学校が高い)と学校恐怖(中学校が高い)である。

登校拒否の動機としては勉強が辛いが最も多く, 登校拒否を続けている理由としては怠学が最も多いということは, 学校側からみると, 登校拒否児の示す行動といわゆる怠学が区別されていないとい

うことである。また, 神経症的登校拒否の動機と同じように, 登校拒否を続けている理由として, 小学生では環境, つまり親子関係や親の態度に影響されがちであるが, 中学生になると登校に対する葛藤が意識化されてくるということである。

4. 学校に届け出られた病名

表4, 表5は, 学校に届け出られた病名である。小・中学校とも, かぜ, 腹痛, 頭痛が上位3位を占めている。小学生と中学生のちがいは, 中学生に登校拒否の身体症状に注目した病名として自律神経失調症があることと, 腰痛があることである。

5. 登校拒否児への学校の対応

かぜや腹痛や頭痛などの身体症状や身体的な病名にもかかわらず, 担任教師は登校拒否の初期にほとんど全例に家庭訪問をしている。担任のほかに, 副担任, 校長, 教頭, 養護教諭なども家庭訪問している。また, 手紙や電話での連絡や保護者との面談などが行なわれている。教育委員会からの家庭訪問や, 友人が誘いに行ったり, 学級会で指導したとい

表4 病 名 (小学校)

か	ぜ	30 人
腹	痛	28
頭	痛	22
歯	痛	5
胃腸障害		5
	(胃炎, 胃痛 おう吐, 胃腸障害)	
発	熱	2
登校拒否症		2
扁桃腺炎		2

(65人の複数記入)

表5 病 名 (中学校)

か	ぜ	28 人
腹	痛	24
頭	痛	22
胃腸障害		10
	(胃炎, 胃痛 神経性胃炎 下痢, 胃腸が悪い)	
扁桃腺炎		6
自律神経失調症		6
発	熱	5
腰	痛	3
歯	痛	2
登校拒否症		2
め	ま	い

(70人の複数記入)

う事例もある。

学校と保護者の初期の努力にもかかわらず登校拒否が持続する場合は、児童相談所、病院、教育センター、精神衛生センターなどで治療や指導を受けている。

Ⅱ．登校拒否と学校保健

1. 登校拒否は病気か

登校拒否は病気か、という問題提起は、登校拒否は神経症の範疇にはいるのかどうかということである。多くの登校拒否事例は、従来の神経症のタイプ、たとえば強迫神経症や不安神経症などとは一概にはいいきれないが、神経症性の不安の存在が考えられる。この不安が一次性的のものであるのか、登校拒否という状態にあるために二次的に引き起こされたものであるのか、原因と症状形成論から大きく二つの立場にわかれてくる。

不安は一次性的のものであるとする立場、つまり子ども自身の神経症的な態度に重点をおいた「恐怖症」としての考え方は、Johansonら(1941)²⁾、Klein(1945)⁶⁾、Estesら(1956)⁷⁾、Talbot(1957)⁸⁾、Coolidgeら(1957)⁹⁾、Eisenberg(1958)¹⁰⁾などがあり、日本では鷺見ら(1960)¹¹⁾が分離不安説を唱えている。

最初に分離不安説を出したJohansonらは、学校恐怖症発症の要因として、①身体的な病気や弟妹の誕生などの情緒的な葛藤によって引き起こされた子どもの側の急性不安、②経済的破綻や結婚生活の不幸や病気などによって増大した母親の不安、③母子の未解決な依存関係の三つをあげている。

学校恐怖症の原因を分離不安と考えるEisenbergは、その背景にある親子関係の心理機制を次のように考えている。ある事情で母親が子どもを過保護・過許容的に育てると、子どもは依存的となり、欲求が多くなり、母親への固着を強めていく。そうすると子どもが足手まといとなり、子どもに対して敵意を持つようになる。母親はその敵意を認めたくないで抑圧するが、その抑圧された怒りは均衡を失って時々爆発する。そうすると母親は自分の怒りや敵意感情に対して罪責感を抱き、さらに、過保護・過許容的な態度をとるようになる、という。

鷺見らは、分離不安のあらわれ方を年齢群別にみている。年齢群を三群にわけ、第Ⅰ群(幼少年齢)では、第Ⅱ群(学童中期～前思春期)や第Ⅲ群(思春期)に比べると、学校側に登校拒否の比較的明瞭な理由があり、分離不安が明らかに認められると述べている。

高木ら(1965)¹²⁾は、登校拒否の母子の分離不安は、原因であるより、結果であると考え、危急状況における子どもの母親への依存欲、援助を求める欲求が分離不安をささうものであると考えている。

高木は登校拒否発症の図式を次のように説明している。登校拒否児は一般的に完全癱的であり、人前で失敗して笑われはしないかという恐れが大きく、些細な失敗に自ら不安と劣等感を生じ、学校場面で適応障害をおこし、家庭へと逃避する。この時期を第Ⅰ期心気症的段階としているが、この時期には頭痛や腹痛などの身体症状がみられる。これは学校場面への不適応に対する防衛機制としての心気症状である。第Ⅱ期攻撃的段階は不安や強迫体験が最も激しく顕在化し、鑑(1963)¹³⁾のいう「強迫不安の段階」に相当すると考えられるし、この時期は家族に対し攻撃的である。この時期の子どもの不安は、学校に行っていない、学校状況から離れたことに起因する不安である。第Ⅲ期自閉的段階は、自己愛

的退避であり、山本（1964）¹⁴⁾のいう＜仮性適応＞の状態がさらに極端な程度にまで発展したものともみた方が近い。この時期は、学校に行かねばならないがしかし行けない状態で、すべての対人関係から逃避し遮断することによって自己防衛を試みている状態にある。高木は種々の神経症症状は、学校場面から家庭場面へ逃避した結果おこってくる二次的なものであると考えている。山本も分離不安を登校拒否の唯一の心理機制とするのは妥当ではないと思われると述べている。

Agras（1959）¹⁵⁾は、学校恐怖症を小児期におけるうつ病との関係で論じている。Agrasは、① 学校恐怖症の基底は抑うつ不安である、② 小児期の抑うつ症状と多くの共通性をもつ定型的で明確なうつ病の家族布置が認められる、③ 本症状群は抑うつ症状の自然な経過の一部である、と仮定した。

現象的に、登校拒否児にはうつ病の日内変動を思わせるような朝の抑うつ気分と、頭痛、腹痛などの自律神経症状とが訴えられる。これらの現象がうつ病の症状であるのかどうかが問題である。うつ病であれば疾病概念が明確になってくる。

アメリカ精神医学会の Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III) (1980)¹⁶⁾¹⁷⁾では、小児のうつ病の場合でも、うつ病と診断するためには、成人と同じ診断基準を満たすことが要請されているが、うつ病の診断基準の大きいうつ病エピソードを満たすような登校拒否児は稀である。登校拒否の薬物治療として抗うつ剤を使用することがあるが有効と思われる事例は多くない。結局のところ、登校拒否うつ病論は否定的である。

藤本（1974）¹⁸⁾は「登校拒否は疾病か」という論文の中で、高校不登校を疾病としてではなく、思春期の危機と現代の環境状況の異常の複合の所産だと述べている。藤本のほかに、渡辺（1979）¹⁹⁾、清水（1979）²⁰⁾も登校拒否のもつ社会的側面を重視する立場をとっている。渡辺は、登校拒否は現代の学校に対する子どもの無意識的・本能的・自己防衛的回避反応であるという。藤本や渡辺らは、登校拒否に伴ってみられる種々の神経症症状や行動障害は、登校拒否の結果の二次的な反応としてみられるという考え方である。

登校拒否の病因論や症状形成論として、分離不安説、場面逃避説、抑うつ説、社会病理説などのほかに、自我未成熟説（平井1966）²¹⁾、自己像論（Leventhalら1964²²⁾、鑑（1963¹³⁾）、自己同一性の障害（小此木ら1963²³⁾、牧田ら1967²⁴⁾）などがある。また、父親の問題も指摘されている¹⁸⁾²⁵⁾²⁶⁾。

以上、登校拒否の病因論や症状形成論を概観してきた。登校拒否は、現代の文化・社会的背景がそれを増加させたし、場面回避の対象が学校に限られているという特徴や、発達年齢によるちがいがあることなどから、種々の病因論や症状形成論が提唱されている。ところで、おおかたの人は登校拒否は神経症性の障害であると考えているけれども、従来の精神医学の図式の中では把えがたいというのが実状である。

2. 登校拒否の治療目標

登校拒否の治療目標は、治療者の立場や症状形成の考え方などによってちがってくる。それは、通常大まかに二つにわけられ、早期に学校に復帰させる立場と、子どもの生育史や親子関係、そこから形成されてきた性格などに対して心理治療を試み、その結果、登校再開に結びつけていく立場である。後者の治療目標は、登校の再開ではなく、母子関係の

変容や子ども自身の自我の発達を促がし、パーソナリティを成長させることである。それぞれの治療目標を達成するための治療技法や治療過程にはおおそ以下のような考え方がある。

Johanson ら (1941, 1957)²⁾²⁷⁾ は、登校拒否の原因を母子の分離不安にもとづく神経症の一つであると考えたので、治療の目標を早期に学校に通うことよりも、母子関係の変容のなかでパーソナリティの成長を促がすことにおいた。このような心理治療中心の立場としては、Coolidge ら (1957)⁹⁾, Kahn ら (1962)²⁸⁾, 玉井 ら (1964)²⁹⁾, 村山 (1966)³⁰⁾, 平井 (1966)²¹⁾ などがいる。特に家族治療を強調するのは、Estes ら (1956)⁷⁾, Davidson (1960)³¹⁾, Malmquist (1965)³²⁾ などである。

Eisenberg (1958)¹⁰⁾ は登校再開を強要した方がよいと考えているし、十亀 (1965)³³⁾ らも、登校拒否の初期には、登校を積極的にすすめたがよいと考えている。Klein (1945)⁶⁾ は子どもを学校にやるために強制的な方法をとったがよいといっているが、それは恐怖症の治療と二次的な利得をたつためであるという。これらは、登校再開が登校拒否の本質的な治療ではないとしながらも、長期の欠席の弊害を考え、早期の登校再開の必要をとく立場である。

行動療法の立場は、人間の行動は学習されたものであると考える。そのため、行動療法の治療目標は不適応行動(症状)を除去することであるから、登校拒否の場合の治療目標は再登校させることにある。Kennedy (1965)³⁴⁾, 園田 (1971)³⁵⁾, 内山 ら (1979)³⁶⁾ などの報告がある。また、会田 (1978)³⁷⁾ は父親による強制法について報告している。

治療困難な時、たとえば、子どもが治療をうけに通院しない時や、経過が長期・慢性化した時や家族関係に問題がある時などには、訪問治療や収容治療を行なうことがある。Warren (1948)³⁸⁾, 十亀 (1965)³³⁾, 斉藤 ら (1965)³⁹⁾, Berg (1970)⁴⁰⁾ などの報告がある。収容治療の場合、院内学級に通級したり、病弱養護学校に登校したり、近くの普通学校に通学したりする。家庭からの登校を長期に拒否していた子どもも、収容後は比較的円滑に登校を再開する。

ちなみに、社会病理を重視する立場の渡辺¹⁹⁾ は、登校拒否という行為は現代の歪曲した学校教育からの子どもの自主的・自発的な自己防衛のための回避反応であり、望ましい行為であるから、子どもも家族も学校への依存と学歴への執着をすてて、各自の能力に応じた自己実現をめざすことが必要である、という。

社会学者の Illich I.⁴¹⁾ も「学校は危機に陥っている。そして、学校に通っている人々もまた危機に陥っている」と述べ、脱学校化 *deschooling* の可能性について論じている。

ところで、現代の日本の学校教育の現状で教育関係者に理解されやすいのは、早期の学校復帰を治療目標とする立場である。しかし、治療家の大半は、子どもと母親に対して心理治療を行ないその結果として登校再開が可能になる、という考えで、早期の学校復帰とは対立する立場にある。この場合、子どもの側には二次的な障害、たとえば、学習上の問題や長欠感情といわれる特有な心理状態や社会性の発達のために必要な機会が欠如するなどの問題が生じてくる。登校拒否の治療目標は、子どもの発達年齢、発症後の経過、登校拒否の期間、不安の強さ、親子関係のあり方などを考慮しながら、それぞれの事例で、柔軟に決めていかなければならない。

3. 登校拒否と学校精神衛生

近年、学校保健の対象は身体的な疾患から精神衛生上の問題へと変化してきている。関係者の注目を集めている精神衛生上の問題は、登校拒否、家庭内暴力、校内暴力、自殺（未遂）、心身症や神経症などの増加である。なかでも、登校拒否への対応は養護教諭や保健主事など、学校保健関係者の強い関心をひいている。

精神衛生⁴²⁾には二つの側面がある。第一は適応異常を予防すること、つまり、精神障害を予防することであり、第二は、どんな場合にも健全な適応をなしうる能力を養うこと、いいかえれば、精神的健康を増進・向上すること、あるいは精神の抵抗力を養うことである。このように精神衛生には、消極的な面と積極的な面とがある。

ところで、教育は子どもの心身の発達をたすけ、個人としての可能性を実現させることであり、教育そのものが子どもの精神衛生の向上に寄与しているわけである。一方、個人が各自の能力を最大限に発揮するためには、精神の健康が保持されている必要がある。本来、教育と精神衛生は、このように相互に働きかけあいながら、個人の自己実現をめざしているわけであるが、現実には、学校教育の場にはさまざまな精神衛生上の問題が指摘され、対応を迫られている。その中でも、学校で自己実現ができず学校を回避し家庭に退避する登校拒否の問題は、現代の日本の学校教育の矛盾をあらわす象徴的な病理現象である。

学校は、子どもが登校拒否におちいらないような予防的な対応を考える必要があるし、すでに登校拒否におちいった子どもが、専門家の治療や指導をうけておれば専門家との連携のあり方を検討しなければならない。また、登校を再開した後のアフター・ケアが適切であるかどうかは、そのご登校を持続できるか、再び登校拒否におちいることはないかの岐路になる。教育関係者は、それぞれの立場、たとえば校長、教頭、保健主事、担任教師、養護教諭など、その役割や専門性に応じた適切な対応が要請されてくる。

医者や心理治療家は、個人の疾病や不適応行動に注目し、治療を行なっていくが、成長・発達の過程にある子どもの場合、疾病や不適応行動に目を向け過ぎるのも問題である。もっと全体的に把えたケアやアプローチが必要である。Caplan⁴³⁾は、医師中心主義から地域社会中心主義への転換や、症状や現時点の問題を扱うことから、生活の総合的なケアをめだすことを強調しているが、学童期の子どもの場合、個人的な治療中心より、学校精神衛生活動や地域精神衛生活動の実践の中で、子どもを発達する存在として全体的に把えていくべきである。

学校精神衛生は、その活動を子どもの心身の成長・発達をたすけるための一つの領域として、次のような分野を通して行なわれている。① 教育課程における教育・指導、② 学校保健、③ 学校教育相談、④ 学校管理、⑤ 特殊教育、⑥ 教師の精神衛生などである。⁴⁴⁾ 教育課程における教育・指導、学校管理、教師の精神衛生などは、学校精神衛生の基盤であり、その上に、学校保健、教育相談、特殊教育（情緒障害教育）などの特別な活動が展開されていく。

情緒障害児に対する特殊教育は、情緒障害学級を中心に行なわれているが、未だ学級数も専門研修をうけた教師の数も少ない。とりわけ、中学校情緒障害学級は全国的に非常に少ない。

次に、学校教育相談は学校精神衛生活動の一分野として重要な役割を果たしているが、学校教育と学校におけるカウンセリングの関係については十分な検討が必要である。教育機

能とカウンセリングは類似する点があるが、池田⁴⁵⁾はむしろ両者の原理的、技法上の差異を正しく認識することから出発する必要がある、それによって、教育とカウンセリングははじめて、おたがいのもつ相補的な機能を発揮することになると思える、といっている。

学校保健の一分野としての学校精神衛生活動推進の中心的役割を荷うのは養護教諭である。

登校拒否児は、登校拒否を始める前にしばしば心身の不調を訴え保健室にやってくる。また、登校再開の初期には保健室まではくるが、原学級までは行けないことが多い。しかし、何度か保健室まできているうちに不安・緊張が軽減し、自分の教室まで行けるようになる。保健室にいる養護教諭は、登校拒否の各々の時期に、子どもに接することになる。養護教諭が子どもの問題に早期に気づくことによって、登校拒否を予防できるかもしれないし、また登校再開しはじめた登校拒否児への養護教諭の対応のいかんがその後の登校の安定化に影響を与える。このように、登校拒否児にとって保健室と養護教諭は重要な役割を荷っている。

最近、精神衛生上の問題に対する養護教諭の問題意識は非常に高まってきている。ある養護教諭の意識調査(1972)⁴⁶⁾によると、「最近注目される健康問題」として、性格・行動上の問題や精神衛生上の問題の増加(中学校が小学校に比べきわめて高率)が指摘されている。「これからの学校保健を進める上で重視する必要がある執務内容」として最も高率なのは保健指導であり、次に保健管理、環境衛生となっている。保健指導の中ではカウンセリングがとりわけ高率である。カウンセリングを必要と考える人は、中学校は小学校の約2倍である。また「これからの養護教諭にとって必要となるとされる知識・技術」としては、執務内容に準じて、保健指導上の技術を必要と考える人が高率である。その中では特にカウンセリングの必要性が高率に指摘され、次いで教育者としての知識、精神衛生に関する内容となっている。このような結果に対して、小倉⁴⁷⁾は、「子どもの健康問題の変化に対して、養護教諭がカウンセリングや教育の観点から対応しなければならないことを課題として意識している」とまとめている。

養護教諭の専門的機能を、小倉は、① 学校救急看護の機能、② 集団の健康管理の機能、③ 教育保健における独自の専門的機能の三つにわけている。そして、教育保健(学校保健)を、保健教授(学習)、保健指導、保健管理の三分野構成で捉え、専門的にその企画、運営、実施をするのが養護教諭であり、それは独自の機能であると述べている。また、養護教諭の教育職員としての専門性の把握についても指摘している。そのことは、教育現場で学校保健にたずさわっている養護教諭からの「学校保健を教育として充実させる」⁴⁸⁾ための条件整備の主張としてもあらわれている。

学校精神衛生活動の中での精神科医の役割としては、教師に対する精神衛生コンサルテーション(Caplan, 1959)⁴⁹⁾がある。精神科医は精神衛生上の問題を持っている子どもについて教師と話しあう。話しあいの対象としては、担任教師、養護教諭、カウンセラーなどが考えられる。山本⁴⁹⁾は、コンサルタントとしての精神科医からコンサルテーションを受けた養護教諭が、その独自の機能と専門性をいかして、学校内におけるコンサルタントとしての役割を遂行できるようになればよいと考えている。この場合、コンサルタントとしての養護教諭は脇役であり、コンサルティである担任教師が主役であることが強調されている。増野⁵⁰⁾は、登校拒否のための特殊な試みとして、教師のための集団コンサルテー

ジョンを実施し成果をあげたという報告をしている。梅垣ら⁵¹⁾は、登校拒否児へのコミュニティ・アプローチとして、スクール・コンサルタントを導入している。今後、こういう形式の精神医学的コンサルテーションが教育現場で活用され、成果をあげるであろう。

精神衛生活動の成果をあげていくためには、学校の組織のあり方とその組織のもつ心理的雰囲気が大きく影響してくると思われる。学校全体の心理的雰囲気のよさは、管理的立場にある人の精神衛生に対する意識と理解、それに教師ひとりひとりの精神衛生に関わってくる。最近、「教師自身の学校恐怖」⁵²⁾というのも報告されているが、子どもに直接働きかけをし、影響を与えていく教師の精神衛生はとりわけ重要である。

おわりに

精神衛生活動には、第1次予防（発生予防）、第2次予防（早期発見と早期治療）、第3次予防（再発予防）があるが、精神衛生活動の基本的課題は発生予防である。登校拒否への対応も、「学校に行っている学校恐怖症」¹²⁾とか、「学校神経症」¹⁹⁾とか呼ばれる段階での予防的対応が関係者の関心をひき、登校拒否を予防するための、学校精神衛生活動の必要性が認識されつつある。

*調査当時の委員は、筆者のほか長崎大学医学部教授辻芳郎・長崎県中央児童相談所判定係長高山知明・西彼杵郡多良見町立喜々津中学校教諭山崎清隆・長崎市立茂木小学校（現長崎市立山里小学校）教諭飯田節夫・長崎市立北大浦小学校養護教諭白倉泰子・長崎県学校保健会常任理事西村信一・長崎県教育庁体育保健課学校保健係長（現西彼杵郡琴海町立村松小学校長）楠本哲夫・同学校保健係指導主事野中野良子の諸氏であった。実態調査表は、高山知明氏の示唆をもとに作成した。教育現場との事務折衝では、楠本哲夫氏がひとかたならぬ尽力をされた。資料を分析し考察を加えたのは筆者であるが、西村信一常任理事の終始変らぬ励ましのおかげでまとまった。アンケート調査に協力された各教育委員会と学校関係者に謝意を表する。

文 献

- 1) Broadwin, I.: A contribution to the study of truancy. Amer. J. Orthopsychiat., 2: 253, 1932.
- 2) Johnson, A. M. et al.: School phobia. Amer. J. Orthopsychiat., 11:702, 1941.
- 3) 村瀬孝雄: 学校の精神衛生. 現代精神医学大系^{23B} 社会精神医学と精神衛生Ⅱ, p.183, 中山書店, 1979.
- 4) 若林慎一郎・他: 学校恐怖症または登校拒否児童の実態調査. 児童精神医学とその近接領域, 6:77, 1965.
- 5) 相川勝代: 長崎県の登校拒否の実態と今後の課題. 長崎県学校保健会編『昭和57年度学校保健研修会講演集』（印刷予定）
- 6) Klein, E.: The reluctance to go to school. Psychoanal. Study of the Child, 1:263, 1945.
- 7) Estes, H. R. et al.: Separation anxiety. Amer. J. Psychother., 10:682, 1956.
- 8) Talbot, M.: Panic in school phobia. School phobia. Workshop, 1955, Amer. J. Orthopsychiat., 27:286, 1957.
- 9) Coolidge, J. C. et al.: School phobia: Neurotic crisis or way of life. Amer. J. Orthopsychiat., 27:296, 1957.

- 10) Eisenberg, L.: School phobia: A study in the communication of anxiety. Amer. J. Psychiat., 114:712, 1958.
- 11) 鷺見たえ子・他：学校恐怖症の研究. 精神衛生研究, 8:27, 1960.
- 12) 高木隆郎・他：学校恐怖症の典型像(Ⅰ). 児童精神医学とその近接領域, 6:146, 1965.
- 13) 鏑幹八郎：学校恐怖症の研究(Ⅰ)―その症状形成に関する考察―. 児童精神医学とその近接領域, 4:22, 1963.
- 14) 山本由子：いわゆる学校恐怖症の成因について. 精神神経学雑誌, 66:558, 1964.
- 15) Agras, S.: The relationship of school phobia to childhood depression. Amer. J. Psychiat., 166:533, 1959.
- 16) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-Ⅲ). 1980.
- 17) 栗田 広・他：DSM-Ⅲ 診断基準の適用とその問題点 その15. “登校拒否”の診断学的分類. 臨床精神医学, 11:87, 1982.
- 18) 藤本淳三：登校拒否は疾病か. 臨床精神医学, 3:603, 1974.
- 19) 渡辺 位：登校拒否. 小児内科, 11:1501, 1979.
- 20) 清水将之：思春期不登校の社会学. 児童精神医学とその近接領域, 20: 41, 1979.
- 21) 平井信義：School phobia あるいは登校拒否の諸類型と原因的考察並びに治療について. 臨床心理学の進歩, 1966, p.80.
- 22) Leventhal, T. et al.: Therapeutic strategies with school phobics. Amer. J. Orthopsychiat., 37:64, 1967.
- 23) 小此木啓吾・他：思春期精神発達における identification-conflict, negative identity, identity resistance―いわゆる登校拒否児童の自我発達をめぐる―. 精神分析研究, 10:15, 1963.
- 24) 牧田清志・他：思春期登校拒否児の臨床的研究―特に慢性重症例について―. 児童精神医学とその近接領域, 8:377, 1967.
- 25) 山崎道子：学校恐怖症の研究(2). 一慢性重症例の社会化の発達を阻害する家族力動に関する研究―. 精神衛生研究, 21:29, 1972.
- 26) 田中雅文・他：学校恐怖症の家族研究―その父親像を中心に―. 児童精神医学とその近接領域, 7:121, 1966.
- 27) Johnson, A. M.: School phobia. Workshop, 1955, Amer. J. Orthopsychiat., 27:307, 1957.
- 28) Kahn, J. H. et al.: School refusal: A comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. Amer. J. Orthopsychiat., 32:707, 1962.
- 29) 玉井収介・他：いわゆる学校恐怖症に関する研究. 精神衛生研究, 13:41, 1964.
- 30) 村山正治：学校恐怖症者の治療経験. 臨床心理学の進歩, 1966, p.277.
- 31) Davidson, S.: School phobia as a manifestation of family disturbances; its structure and treatment. J. Child Psychol. Psychiat., 1:270, 1960.
- 32) Malmquist, C. P.: School phobia. A problem in family neurosis. J. Amer. Acad. Child Psychiat., 4:293, 1965.
- 33) 十亀史郎：学校恐怖症の研究(Ⅱ)―症状発生の機制および入院治療について―. 児童精神医学とその近接領域, 6:157, 1965.
- 34) Kennedy, W.A.: School phobia: Rapid treatment of 50 cases. J. Abnorm. Psychol., 70:285, 1955.
- 35) 園田順一：学校恐怖症に関する臨床心理学的研究―行動理論からのアプローチ―. 鹿児島大学

- 医学雑誌, 23:581, 1971.
- 36) 内山喜久雄・他：登校拒否の行動療法的アプローチ—継時近接法の臨床的吟味—。現代のエスプリ, No.139: 104, 1979.
- 37) 会田元明：不登校児に対する父親による強制法, 季刊精神療法, 4:403, 1978.
- 38) Warren, W.: A study of adolescent psychiatric in-patients and the outcome six or more years later, II; The follow-up study. J. Child Psychol. Psychiat., 6:141, 1965.
- 39) 斎藤久美子・他：学校恐怖症の収容治療—状態像および治療的变化にかんする要因の検討—。児童精神医学とその近接領域, 6:166, 1965.
- 40) Berg, I: A follow-up study of school phobic adolescents admitted to an in-patient unit. J. Child Psychol. Psychiat., 11:37, 1970.
- 41) イリッチ, I.・他（松崎 巖訳）：脱学化の可能性—学校をなくせばどうなるか—。東京創元社, 1979.
- 42) 高木四郎：最新精神衛生—その理論と応用—。慶応通信, 1967.
- 43) Caplan, G.（新福尚武監訳）：予防精神医学。朝倉書店, 1970.
- 44) 原野広太郎：学校精神衛生とは何か。教育と医学, 29:308, 1981.
- 45) 池田数好：学校教育とカウンセリング。教育と医学, 16:278, 1968.
- 46) 小池幸子・他：今後の養護教諭の役割に関する現職養護教諭の期待。健康教室, 24巻15号, p.23, 1974.
- 47) 小倉 学：新しい養護教諭像。教育と医学, 29:418, 1981.
- 48) 三橋敦子：養護教諭からみた子どもの健康状態—健康白書を作成して—。教育と医学, 29: 485, 1981.
- 49) 山本和郎：コンサルタントとしての養護教諭。教育と医学, 29:448, 1981.
- 50) 増野 肇：登校拒否のための特殊な試み—教師のための集団コンサルテーション—。季刊精神療法, 3:263, 1977.
- 51) 梅垣 弘・他：登校拒否児へのコミュニティ・アプローチ—スクール・コンサルタントの導入—。小児の精神と神経, 19:147, 1979.
- 52) Monosour, K. J.: School phobia in teachers. Amer. J. Orthopsychiat., 31:347, 1961.

（昭和57年10月31日受理）